



OdontoLife[®]

Planos Odontológicos

**MANUAL DO
CREDENCIADO**

SUMÁRIO

REGRAS GERAIS DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	3
PRONTUÁRIO VIRTUAL DO BENEFICIÁRIO	3
ENVIO DE IMAGENS JUNTO A ENTREGA DE PRODUÇÃO	3
IMAGENS FOTOGRÁFICA	3
EXEMPLOS DE IMAGENS	3
CANCELAMENTO DE GUIAS	4
CANCELAMENTO DE PROCEDIMENTO POR ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO	4
ABANDONO DE TRATAMENTO	4
RECURSO DE GLOSA	4

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	5
DIAGNOSTICO	6
PREVENÇÃO	7
RADIOLOGIA	8
ODONTOPEDIATRIA	11
DENTÍSTICA	14
ENDODONTIA	16
PERIODONTIA	17
CIRURGIA	20
PRÓTESE	26
ORTODONTIA	31

REGRAS GERAIS DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Para o atendimento o beneficiário deverá apresentar a carteira da Odontolife e um documento de identificação com foto.



O profissional deverá acessar o sistema integrado e solicitar o tratamento do beneficiário. Todas as consultas de diagnóstico, independente da Especialidade, devem ser solicitadas no sistema e não podem ser cobradas do beneficiário. O procedimento a ser liberado é o 81000030 – Consulta Odontológica.

PRONTUÁRIO VIRTUAL DO BENEFICIÁRIO

A Odontolife mantém um Prontuário Virtual dos seus beneficiários. Neste prontuário são arquivadas todas as imagens dos tratamentos realizados. Estas imagens podem agilizar a execução do planejamento de novos tratamentos, além de diminuir a exposição do beneficiário de radiação.

As imagens deste prontuário poderão ser acessadas a qualquer momento do tratamento.

A Odontolife se reserva o direito de solicitar imagens, fotos ou raio-x, de tratamento realizado conforme a avaliação do risco de doença de cada beneficiário.

A imagens (radiografias e fotos) devem ser anexadas diretamente no sistema na guia de tratamento odontológico ou via Aplicativo. A Odontolife não pagará por procedimentos sem a devida comprovação ou com radiografias sem condições de análise.

ENVIO DE IMAGENS JUNTO A ENTREGA DE PRODUÇÃO

O dentista deverá anexar as imagens (rx e fotos) a guia de tratamento através do sistema da operadora ou via aplicativo. É fundamental que as imagens possibilitem a perfeita análise e estejam corretamente anexadas.

IMAGENS FOTOGRÁFICA

Em alguns tratamentos é possível compor o prontuário do beneficiário com a utilização de fotografias em vez de radiografias. Nesses casos, a imagem deve permitir a perfeita identificação do dente/região.

Essas imagens deverão ser feitas por câmera fotográfica, câmera intra oral e celular. Orientações importantes sobre a fotografia:

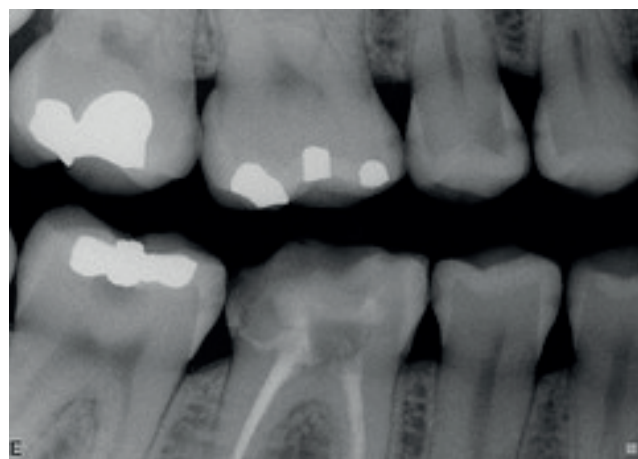
- Deve possuir boa nitidez, foco e contraste adequados;
- Não deve ser alterada ou editada;
- Anexar a imagem ao prontuário virtual;

EXEMPLOS DE IMAGENS

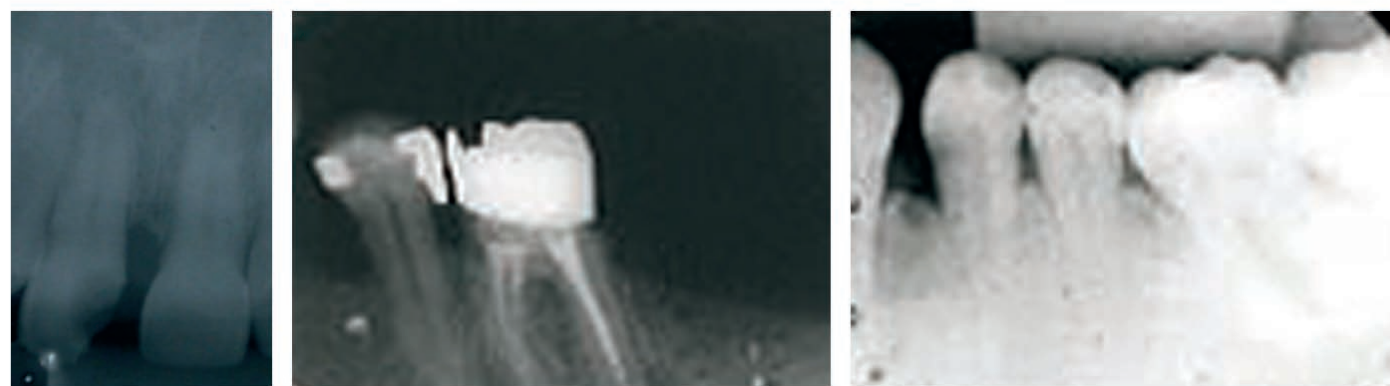
Veja alguns exemplos de imagens com qualidade adequada para a entrega de produção:



No exemplo acima, as imagens estão nítidas, em boa resolução e não sofreram nenhum tipo de edição.



No exemplo acima, a radiografia está centralizada com nitidez, angulação e revelação adequados.



Nos exemplos acima, as imagens não apresentam os critérios adequados para análise, sem nitidez, com cortes das raízes ou com erros no processo de revelação.

CANCELAMENTO DE GUIAS

Quando houver necessidade de cancelar uma guia, o credenciado deverá enviar uma solicitação para o e-mail sad@odontolifeodontologia.com.br com as seguintes informações:

- Nome do cirurgião dentista, CRO e unidade federativa correspondente;
- Número da guia;
- Motivo do cancelamento.

As solicitações que não tiverem todos os dados acima não serão atendidas. O prazo para cancelamento é de 24 horas.

CANCELAMENTO DE PROCEDIMENTO POR ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRATAMENTO

Quando houver necessidade de cancelar um procedimento da GTO, o credenciado deverá enviar uma solicitação para o e-mail sad@odontolifeodontologia.com.br com as seguintes informações:

- Nome do cirurgião dentista, CRO e unidade federativa correspondente;
- Procedimentos serem cancelados;
- Motivo do cancelamento.

É fundamental que seja solicitado o cancelamento do procedimento, antes da solicitação da nova GTO.

As solicitações que não tiverem todos os dados acima não serão atendidas. O prazo para cancelamento é de 24 horas.

ABANDONO DE TRATAMENTO

As GTOs possuem validade de 90 (noventa) dias, após este prazo as guias são canceladas, não podendo mais ser reabertas e nem processadas.

É importante estar atento ao prazo de validade. Caso o beneficiário se afaste do consultório odontológico por um, período de 30 dias, sem justificativas, é conveniente que esta guia seja encaminhada para pagamento com os procedimentos que foram realizados.

Posteriormente, no retorno do beneficiário, poderá ser solicitada nova GTO com os procedimentos não realizados.

RECURSO DE GLOSA

A glosa consiste na suspensão temporária do pagamento por inconsistência técnica ou administrativa. Essa suspensão pode ser parcial ou total da GTO. Por isso é importante estar atento as regras e instruções deste Manual.

O credenciado pode verificar as glosas, caso elas ocorram, no Aviso de Crédito que é disponibilizado no 1º dia útil de cada mês.

O Recurso de Glosa deve ser realizado através do sistema da Operadora, com as informações e correções apontadas pela auditoria.

O prazo para esta solicitação é de até 30 (trinta) dias a partir da informação (disponibilização no aviso de crédito).

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
85100048	Sim	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTARIOS	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Colagem do fragmento fraturado.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82000468	Sim	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Não autorizado para o profissional que realizou a cirurgia.	ÚNICO	-	-	-
82000484	Sim	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Não autorizado para o profissional que realizou a cirurgia.	ÚNICO	-	-	-
85000787	Sim	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Imobilização dentária em dentes decíduos (pós trauma).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
85300020	Sim	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Imobilização dentária em dentes permanentes (pós trauma ou problema periodontal).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82001022	Sim	INCISAO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REG BUCO-MAXILO-FACIAL	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Incisão e drenagem de abscesso.	ÚNICO	-	-	-
82001030	Sim	INCISAO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Incisão e drenagem de abscesso.	ÚNICO	-	-	-
85400467	Sim	RECIMENTACAO DE TRABALHO PROTETICO	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Não autorizado com procedimentos de prótese.	ÚNICO	-	-	-
82001197	Sim	REDUCAO SIMPLES DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)	EMERGÊNCIA	BOCA	37	Redução simples de luxação da ATM.	ÚNICO	-	-	-
82001251	Sim	REIMPLANTE DE DENTE COM CONTENCAO	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Reimplante de dente com contenção.	ÚNICO	-	-	-
82001308	Sim	REMOCAO DE DRENO EXTRA-ORAL	EMERGÊNCIA	BOCA	100	Remoção de dreno extra-oral	ÚNICO	-	-	-
82001316	Sim	REMOCAO DE DRENO INTRA-ORAL	EMERGÊNCIA	BOCA	100	Remoção de dreno intra-oral	ÚNICO	-	-	-
82001499	Sim	SUTURA DE FERIDA EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	EMERGÊNCIA	BOCA	37	Sutura.	ÚNICO	-	-	-

82001642	Sim	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEM-PORO-MANDIBULAR - ATM	EMERGÊNCIA	BOCA	37	Tratamento conservador de luxação.	ÚNICO	-	-	-
85300063	Sim	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERI-ODONTAL AGUDO	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Tratamento de abcesso periodontal.	ÚNICO	-	-	-
82001650	Sim	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Não autorizado para o profissional que realizou cirurgia/exodontia.	ÚNICO	-	-	-
85300080	Sim	TRATAMENTO DE PERICORONAR-ITE	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Autorizado somente para elementos semi inclusos.	ÚNICO	-	-	-
85200034	Sim	TRATAMENTO EM ODONTALGIA AGUDA	EMERGÊNCIA	DENTE	37	Controle de dor.	ÚNICO	-	-	-

Os procedimentos odontológicos de urgência caracterizam-se pela eliminação ou controle da dor. O atendimento será remunerado por uma unica sessao independente do número de procedimentos realizados na data. Após o atendimento o beneficiário deverá ser orientado a procurar atendimento para finalizar o seu tratamento.

No atendimento de urgência/ emergência o profissional devera solicitar a Gto no sistema da operadora com o código referente à execução clínica a ser realizada. Nos casos em que envolvam somente medicação

e orientação solicitar apenas o codigo de consulta odontologica de urgência.

O código **81000057 – Consulta Odontologica de Urgência 24 hs** é exclusivo para atendimentos em clinicas de Urgência 24 horas. O código 81000049 – Consulta Odontologica de Urgência é destinado para atendimento na Rede de Atendimento, o procedimento será autorizado desde que o paciente não esteja em tratamento com o mesmo dentista.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

DIAGNOSTICO

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
81000030	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA	DIAGNOSTICO	BOCA	34	Procedimento inclui anamnese, exame clínico e planejamento.	6	-	-	-
81000049	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGÊNCIA	DIAGNOSTICO	BOCA	34	Procedimento não é autorizado para pacientes em tratamento e com consulta odontológica. Utilizado para atendimento emergencial somente consulta, exame clínico e prescrição.	6	-	-	-

81000057	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGÊNCIA 24 HS	DIAGNOSTICO	BOCA	34	Ato exclusivo para clínica 24 horas. Utilizado para atendimento emergencial somente consulta, exame clínico e prescrição.	6	-	-	-
81000065	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	DIAGNOSTICO	BOCA	34	Não pode ser solicitado com consulta odontológica e consulta de urgência.	6	-	-	-
82000549	Não	CRIOTERAPIA OU TERMOTERAPIA EM ODONTOLOGIA	DIAGNOSTICO	BOCA	35	Uso de crioterapia e termoterapia em tratamentos odontológicos.	ÚNICO	-	-	-
81000111	Sim	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	DIAGNOSTICO	BOCA	118	Procedimento não autorizado com consulta odontológica, consulta inicial e consulta de urgência. Procedimento restrito a especialista em Estomatologia.	NÃO SE APLICA	-	-	-

Consulta Clínica - Consiste de anamnese, exame clínico intra e extra oral. O procedimento tem seu pagamento autorizado a cada 06 (seis) meses. A consulta inicial não pode ser solicitada com consulta de urgência/emergência.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

PREVENÇÃO

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
84000090	Sim	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INCLUSO PROFILAXIA COM PASTA PROFILATICA, TACAS E ESCOVAS)	PREVENCAO	BOCA	22	Autorizado para menores de 13 anos. Não autorizado com aplicação de verniz fluoretado, remineralização, dessensibilização e cárie incipiente.	6	-	-	-
87000016	Sim	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	PREVENCAO	BOCA	56	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	-	-	-
84000139	Sim	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	PREVENCAO	BOCA	18	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	-	-	-
87000024	Sim	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	PREVENCAO	BOCA	18	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	-	-	-

84000163	Sim	CONTROLE DE BIOFILME (PLAC-AS BACTERIANA)	PREVENCAO	BOCA	14	Incluso nos procedimentos de pre-venção.	ÚNICO	-	-	-
84000171	Sim	CONTROLE DE CARIE INCIPIENTE	PREVENCAO	BOCA	10	Incluso nos procedimentos de pre-venção.	ÚNICO	-	-	-
84000198	Sim	PROFILAXIA: POLIMENTO CORO-NARIO (COM JATO DE BICARBO-NATO E ULTRASSON)	PREVENCAO	HEMIARCADA	35	Autorizado para maiores de 13 anos. Não autorizado com apli-cação de verniz fluoretado, rem-inalização, dessensibilização, raspagem supra e subgingival.	6	-	-	-
85300055	Sim	REMOCAO DE FATORES DE RE-TENCAO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	PREVENCAO	HEMIARCADA	22	Incluso nos procedimentos de pre-venção.	ÚNICO	-	-	-

Os procedimentos de prevenção **84000090 – aplicação topica de fluor** (liberado para menores de 13 anos) e 84000198 – Profilaxia (liberado para maiores de 13 anos), incluem os atos de atividades educativa em saude bucal, controle de biofilme e remoção de fatores de retenção de biofilme dental.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

RADIOLOGIA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
345	Não	DOCUMENTACAO ORTODONTI-CA “A”	RADIOLOGIA	BOCA	363	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica	ÚNICO	-	-	Anexar no sitema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solici-tante.
346	Não	DOCUMENTACAO ORTODONTI-CA “B”	RADIOLOGIA	BOCA	330	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica	ÚNICO	-	-	Anexar no sitema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solici-tante.
348	Não	DOCUMENTACAO ORTODONTI-CA “E”	RADIOLOGIA	BOCA	241	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica	ÚNICO	-	-	Anexar no sitema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solici-tante.
81000278	Não	FOTOGRAFIA PARA FINS ORTO-DONTICOS (2 DE FRENTE E 1 DE PERFIL)	RADIOLOGIA	SEGMENTO	20	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica. Não autor-izado com documentação ortodôn-tica.	ÚNICO	-	-	Anexar no sitema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solici-tante.

81000294	Não	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIODONTICO)	RADIOLOGIA	BOCA	198	Para finalidade periodontal . Procedimento exclusivo para Clínicas Radiológicas.	12	-	-	Apresentação das radiografias no pagamento.
81000308	Não	MODELOS ORTODONTICOS	RADIOLOGIA	ARCADA	43	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica. Não autorizado com documentação ortodôntica.	ÚNICO	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000561	Não	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDIBULA	RADIOLOGIA	BOCA	92	-	ÚNICO	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000383	Sim	RADIOGRAFIA OCLUSAL	RADIOLOGIA	ARCADA	35	-	12	-		Imagem deve ser enviada no pagamento.
81000405	Sim	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA /MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)	RADIOLOGIA	BOCA	60	Procedimento com finalidade pré ou pós cirúrgico.	12	-	-	Imagem deve ser enviada no pagamento.
81000413	Não	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA) COM TRACADO CEFALOMETRICO	RADIOLOGIA	BOCA	68	Procedimento com finalidade cirúrgica.	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000324	Não	RX ANTERO-POSTERIOR	RADIOLOGIA	BOCA	79	-	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000340	Não	RX DA ATM	RADIOLOGIA	BOCA	120	-	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000375	Sim	RX INTERPROXIMAL - BITE WING	RADIOLOGIA	HEMIARCADE	14	Procedimento com finalidade para diagnóstico de cárie.	6	-	-	Imagem deve ser enviada no pagamento.
81000367	Não	RX MAO E PUNHO - CARPAL	RADIOLOGIA	BOCA	53	-	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000421	Sim	RX PERIAPICAL	RADIOLOGIA	DENTE	14	-	6	-	-	Imagem deve ser enviada no pagamento.
81000430	Não	RX POSTERO ANTERIOR	RADIOLOGIA	BOCA	79	-	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.

81000472	Não	TELERRADIOGRAFIA	RADIOLOGIA	BOCA	70	Procedimento não autorizado com documentação ortodôntica.	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000480	Não	TELERRADIOGRAFIA COM TRACADO CEFALOMETRICO	RADIOLOGIA	BOCA	110	Procedimento não autorizado com documentação ortodôntica.	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000510	Não	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM	RADIOLOGIA	ARCADA	477	-	NÃO SE APLICA	-	-	-
81000511	Não	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - MANDIBULA	RADIOLOGIA	BOCA	477	-	NÃO SE APLICA	-	-	-
81000529	Não	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL	RADIOLOGIA	ARCADA	407	-	NÃO SE APLICA	-	-	-
81000530	Não	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL - MANDIBULA	RADIOLOGIA	BOCA	407	-	NÃO SE APLICA	-	-	-
87022532	Não	TOMOGRAFIA DE ATM (BOCA FECHADA/REPOUSO/ABERTA-LATERAL E FRONTAL)	RADIOLOGIA	BOCA	1103	Boca Fechada/Repouso/Aberta-Lateral de atm.	NÃO SE APLICA	-	-	-
81000537	Não	TRACADO CEFALOMETRICO	RADIOLOGIA	BOCA	31	Procedimento não autorizado com documentação ortodôntica.	12	-	-	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.

As radiografias que não estiverem nos padrões mínimos de qualidade quanto a revelação, fixação e posicionamento não serão aceitos.

Toda radiografia realizada pelo credenciado, deverá ser anexada ao sistema para comprovação e pagamento.

O **levantamento radiográfico - 81000294**, é liberado apenas em laboratórios de radiologia e para tratamento de doença periodontal avançada.

A **radiografia panorâmica 81000405 e 81000413** destina-se preferencialmente para finalidades cirúrgicas.

Salvo os códigos **81000421 – radiografia periapical e 81000375 – radiografia interproximal** os demais

códigos de radiologia só serão autorizados para laboratórios de radiologia.

Os laboratórios de radiologia deverão anexar a GTO a requisição do profissional solicitante.

Verifique sempre nas instruções técnicas da tabela a necessidade de envio de radiografias (iniciais e finais) ou fotografias.

As radiografias pertencem ao beneficiário e devem ser disponibilizadas quando solicitadas.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

ODONTOPEDIATRIA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
85100242	Não	ADEQUACAO DE MEIO BUCAL (IONOMERO DE VIDRO OU IRM) HEMIARCO	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	86	Adequação do meio bucal para tratamento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial para análise.
84000031	Sim	APLICACAO DE CARIOSTATICO	ODONTOPEDI- ATRIA	BOCA	41	Autorizado para menores 07 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.
84000058	Sim	APLICACAO DE SELANTE - TECNICA INVASIVA	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	24	Em dentes decíduos autoriza- do para menores de 07 anos. Em dentes permanentes autorizado para menores de 13 anos. Não autorizado com procedimento de restauração.	ÚNICO	-	-	-
84000074	Sim	APLICACAO DE SELANTES DE FOSSULAS E FISSURAS	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	24	Em dentes decíduos autoriza- do para menores de 07 anos. Em dentes permanentes autorizado para menores de 13 anos. Não autorizado com procedimento de restauração.	ÚNICO	-	-	-
84000112	Sim	APLICACAO TOPICA VERNIZ FLU- ORETADO	ODONTOPEDI- ATRIA	HEMIARCA- DA	76	Não autorizado com remineral- ização, aplicação tópica de flúor, dessensibilização e remineral- ização.	ÚNICO	-	-	-
87000032	Sim	CONDICIONAMENTO EM ODON- TOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ODONTOPEDI- ATRIA	BOCA	35	Justificar o procedimento. Não autorizado com condicionamento em Odontologia. Máximo de 03 sessões.	NÃO SE APLICA	-	-	-
81000014	Sim	CONDICIONAMENTO EM ODON- TOPEDIATRIA	ODONTOPEDI- ATRIA	BOCA	35	Justificar o procedimento. Não autorizado com condicionamento em Odontologia. Máximo de 03 sessões.	3 SESSÕES	-	-	-
83000020	Sim	COROA DE ACETATO EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	167	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Pro- cedimento autorizado para Odon- topediatria.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.

87000040	Sim	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	170	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento autorizado para Odon- topediatria.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
83000046	Sim	COROA DE ACO EM DENTE DE- CIDUO	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	167	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Pro- cedimento autorizado para Odon- topediatria.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
87000059	Sim	COROA DE ACO EM DENTE PER- MANENTE	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	167	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Pro- cedimento autorizado para Odon- topediatria.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
83000062	Sim	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	167	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Pro- cedimento autorizado para Odon- topediatria.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
87000067	Sim	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	159	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Pro- cedimento autorizado para Odon- topediatria.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000700	Sim	ESTABILIZACAO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENCAO FISI- CA E/OU MECANICA	ODONTOPEDI- ATRIA	BOCA	64	Justificativa, técnica a ser adotada e autorização assinada pelo re- sponsável legal.	NÃO SE APLICA	-	-	Apresentação da autorização do responsável legal.
87000148	Sim	ESTABILIZACAO POR MEIO DE CONTENC FISICA E/OU MECAN EM PACIENTES COM NECESSI- DADES ESPECIAIS EM ODONT	ODONTOPEDI- ATRIA	BOCA	206	Justificativa, técnica a ser adotada e autorização assinada pelo re- sponsável legal.	NÃO SE APLICA	-	-	Apresentação da autorização do responsável legal.
83000089	Sim	EXODONTIA SIMPLES DE DECID- UOS	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	64		ÚNICO			
83000097	Não	MANTENEDOR DE ESPACO FIXO	ODONTOPEDI- ATRIA	HEMIARCA- DA	173	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planeja- mento.
83000100	Não	MANTENEDOR DE ESPACO RE- MOVIVEL	ODONTOPEDI- ATRIA	ARCADA	173	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planeja- mento.
85200042	Sim	PULPOTOMIA	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	62	Não autorizado com procedimento de endodontia, com capeamento pulpar direto, tratamento expect- ante.	ÚNICO	-	-	Enviar rx inicial no pagamento.
83000127	Sim	PULPOTOMIA EM DENTE DECID- UO	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	62	Autorizado para menores 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial no pagamento.

84000201	Sim	REMINERALIZACAO	ODONTOPEDI- ATRIA	SEGMENTO	29	Não autorizado com dessensibi- lização, aplicação tópica de flúor, aplicação de verniz fluoretado. Au- torizado para menores de 13 anos.	12	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.
83000135	Sim	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	53	Para menores de 07 anos.	24	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.
85100080	Sim	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE PERMANENTE	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	53	Para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.
85100137	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE	ODONTOPEDI- ATRIA	FACE	61	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forra- mento e polimento.	24	-	-	Apresentação de foto inicial no pagamento.
85100145	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 2 FACES	ODONTOPEDI- ATRIA	FACE	72	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forra- mento e polimento.	24	-	-	Apresentação de foto inicial no pagamento.
85100153	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 3 FACES	ODONTOPEDI- ATRIA	FACE	74	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forra- mento e polimento.	24	-	-	Apresentação de foto inicial no pagamento.
85100161	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 4 FACES	ODONTOPEDI- ATRIA	FACE	74	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forra- mento e polimento.	24	-	-	Apresentação de foto inicial no pagamento.
83000151	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DECIDUOS	ODONTOPEDI- ATRIA	DENTE	153	Presença de 2/3 do remanescente radicular.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e final no pagamento.

Procedimento **restauração em ionômero de vidro - 85100137, 85100145, 85100153 e 85100161**, são exclusivos para odontopediatria, menores de 13 anos. Não serão autorizados juntamente com procedimentos de restaurações de resina ou amalgama.

A quantidade de faces das restaurações é considerada por elemento dentário (não por cavidade) e devem ser inclusas em um mesmo código, inclusive quando não existir solução de continuidade entre as cavidades.

Tratamento endodôntico em dentes decíduos não será liberado caso o dente esteja em processo de esfoliação.

Condicionamentos em odontologia, códigos **81000014** e **87000032** serão autorizados por sessão no máximo 3 sessões.

Os códigos **estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica 82000700** e **estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais 87000148**, na solicitação deve ser apresentada a justificativa técnica a ser adotada bem como a autorização assinada pelo responsável legal.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

DENTÍSTICA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
85400017	Sim	AJUSTE OCLUSAL POR ACRESCI-MO	DENTISTICA	BOCA	87	Procedimento incluso nos atos de restauração/prótese.	ÚNICO	-	-	-
85400025	Sim	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	DENTISTICA	BOCA	59	Procedimento incluso nos atos de restauração/prótese.	24	-	-	-
85100031	Não	CLAREAMENTO A LASER	DENTISTICA	ARCADA	2835	Clareamento dentário.	24	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100021	Não	CLAREAMENTO DENTARIO CA-SEIRO	DENTISTICA	ARCADA	1064	Clareamento dentário.	24	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100030	Não	CLAREAMENTO DENTARIO DE CONSULTORIO	DENTISTICA	DENTE	433	Clareamento dentário.	24	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100032	Não	COMPLEMENTO DE CLAREA-MENTO A LASER - POR SESSAO	DENTISTICA	BOCA	948	Complemento do clareamento dentário.	24	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100064	Sim	FACETA DIRETA EM RESINA FO-TOPOLIMERIZAVEL	DENTISTICA	DENTE	145	Procedimento autorizado para dentes anteriores permanentes. Não é autorizada para finalidade estética.	24	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento envi-ar foto inicial e final.
85400262	Sim	PINO PRE-FABRICADO	DENTISTICA	DENTE	118	Procedimento não autorizado com procedimento restaurador direto. Código utilizado para pinos metáli-cos, fibra de vidro ou de carbono. Procedimento exige endodontia prévia.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
85100072	Não	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	DENTISTICA	ARCADA	236	Procedimento com autorização condicionada a solicitação do clareamento.	24	-	-	Apresentação de foto com a placa instalada no pagamento.
85100099	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 1 FACE	DENTISTICA	FACE	58	Inclui remoção tecido cariado, for-ramento, polimento e ajuste.	24	-	-	-
85100102	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 2 FACES	DENTISTICA	FACE	76	Inclui remoção tecido cariado, for-ramento, polimento e ajuste.	24	-	-	Apresentação de rx inicial no pagamento.

85100110	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 3 FACES	DENTISTICA	FACE	82	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24	-	-	Apresentação de rx inicial no pagamento.
85100129	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 4 FACES	DENTISTICA	FACE	98	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24	-	-	Apresentação de rx inicial no pagamento.
85100170	Não	RESTAURACAO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY	DENTISTICA	DENTE	695	Procedimento autorizado para dentes permanentes posteriores, não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na produção. Apresentação de rx final e foto com a prótese instalada no pagamento.
85100188	Não	RESTAURACAO RESINA (INDIRETA) - ONLAY	DENTISTICA	DENTE	695	Procedimento autorizado para dentes permanentes posteriores, não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na produção. Apresentação de rx final e foto com a prótese instalada no pagamento.
85100196	Sim	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE	DENTISTICA	FACE	61	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24	-	-	Apresentação de foto inicial no pagamento.
85100200	Sim	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES	DENTISTICA	FACE	88	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24	-	-	Apresentação de foto/Rx inicial no pagamento.
85100218	Sim	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES	DENTISTICA	FACE	122	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24	-	-	Apresentação de foto/Rx inicial no pagamento.
85200085	Sim	RESTAURACAO TEMPORARIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	DENTISTICA	DENTE	37	Indicado para cavidades profundas. Restauração definitiva após 45 dias.	24	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
85100234	Não	TRATAMENTO DE FLUOROSE - MICROABRASAO	DENTISTICA	ARCADA	75	-	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.

A quantidade de faces das restaurações é considerada por elemento dentário (não por cavidade) e devem ser incluídas em um mesmo código, inclusive quando não existir solução de continuidade entre as cavidades.

Incluso nas restaurações, remoção de tecido cariado, preparo cavitário, forramento, ajuste oclusal e polimento.

Trocas de restaurações sem indicação clínica serão considerados atos estéticos e sua execução não estão previstas na cobertura.

Procedimentos de dentística são para dentes naturais.

Para restaurações posteriores que envolvam as faces proximais solicitamos imagem radiográfica (raio x diagnóstico).

As fotografias intra-bucais devem ser feitas no próprio consultório, com celular ou máquina fotográfica, e anexadas no Portal; não é necessário o envio da imagem impressa.

Os procedimentos de **núcleo de preenchimento 85400211** e **pino pré fabricado 85400262** não serão autorizados com procedimento restaurador direto.

Para elementos dentários com pouco remanescente deve-se indicar procedimentos indiretos (próteses). Procedimentos restauradores diretos em dentes com indicação protética são passíveis de glosas.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

ENDODONTIA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
85200018	Não	CLAREAMENTO DO DENTE DES-VITALIZADO	ENDODONTIA	DENTE	84	Elemento deve apresentar endo-dontia realizada.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx e foto inicial na solicitação.
85200050	Sim	REMOCAO DE CORPO ESTRAN-HO INTRACANAL	ENDODONTIA	DENTE	14	Remoção de corpo estranho.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200069	Sim	REMOCAO DE MATERIAL OBTU-RADOR INTRACANAL PARA RE-TRATAMENTO ENDODONTICO	ENDODONTIA	DENTE	122	Incluso no retratamento endodôn-tico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200077	Sim	REMOCAO NUCLEO INTRARRA-DICULAR	ENDODONTIA	DENTE	46	Remoção de núcleo intrarradicular.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200093	Sim	RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	447	Incluso a desobturação do canal, trocas de medicação e restauração provisória.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200107	Sim	RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	725	Incluso a desobturação do canal, trocas de medicação e restauração provisória.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200115	Sim	RETRATAMENTO ENDONDONTI-CO UNIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	352	Incluso a desobturação do canal, trocas de medicação e restauração provisória.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e final no pagamento.
85200123	Sim	TRATAMENTO DE PERFURACAO ENDODONTICA	ENDODONTIA	DENTE	142	Comprovar radiograficamente a perfuração. Colocar o material uti-lizado nas Observações Clínicas do sitema.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200140	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	333	Incluso a abertura, preparo biome-cânico, trocas de medicação e res-tauração provisória. Rx final deve estar dissociado.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200158	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	533	Incluso a abertura, preparo biome-cânico, trocas de medicação e res-tauração provisória. Rx final deve estar dissociado.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200166	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	258	Incluso a abertura, preparo biome-cânico, trocas de medicação e res-tauração provisória.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e final no pagamento.

Tratamentos e Retratamentos Endodônticos: não serão consideradas como radiografias iniciais, o Rx de odontometria, prova do cone ou penacho. O Rx final deve ser realizado após a condensação e finalização da obturação endodôntica e apresentar os condutos dissociados para dentes bi e multiradicular.

A Auditoria analisará os casos de subobturações (maiores que 3mm (três milímetros)), sobreobturações (superiores a 1mm (um milímetro)), presença de instrumento fraturado, ausência de obturação em pelo menos um dos condutos, falhas na obturação (bolhas, pouco material obturador, pouca ampliação dos condutos), ou demais casos com prognóstico duvidoso/desfavorável.

Nos valores das endodontias já estão inclusas despesas com materiais, isolamento e trocas de medicação (se necessário). A troca de hidróxido de cálcio é considerada ato contínuo ao tratamento ou retratamento endodôntico, não podendo ser cobradas do beneficiário.

As endodontias deverão seguir os padrões técnicos de odontometria, obturação tridimensional e selamento hermético de canais radiculares, do contrário, os procedimentos poderão ser glosados por: sobreobturação do cone de guta percha, evidencia de perfuração endodôntica, presença de instrumento fraturado não envolvido na obturação, elementos com prognóstico duvidoso (suporte ósseo inferior a 2/3 da raiz) e falhas de obturação (falhas na condensação lateral e pouca ampliação dos canais).

Quando houver a necessidade de se fazer o retratamento endodôntico, onde haja a comprovação que este motivo se dá por falha profissional, como obturação incompleta, falta de condensação, extravasamento, perfuração etc., ficará o cirurgião dentista que realizou este trabalho, obrigado a custear as despesas na negociação do dano que causou ao paciente.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

PERIODONTIA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
82000050	Sim	AMPUTACAO RADICULAR COM OBTURACAO RETROGADA	PERIODONTIA	DENTE	242	Remoção da raiz comprometida após tentativa de endodontia no conduto sem sucesso.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000069	Sim	AMPUTACAO RADICULAR SEM OBTURACAO RETROGADA	PERIODONTIA	DENTE	242	Remoção da raiz comprometida após tentativa de endodontia no conduto sem sucesso.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000212	Sim	AUMENTO DE COROA CLINICA	PERIODONTIA	DENTE	181	Para recuperação do espaço biológico. Não pode ser solicitado com gengivectomia, gengivoplastia, cunha proximal e cirurgia periodontal a retalho.	12	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000690	Não	CIRURGIA DE ENXERTO COM OSSO HOMOLOGO (BANCO DE OSSOS) - ATO CIRURGICO	PERIODONTIA	BOCA	3219	Ato cirúrgico para o enxerto ósseo.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico.
82000336	Sim	CIRURGIA ODONTOLOGICA A RETALHO	PERIODONTIA	SEGMENTO	215	Não pode ser solicitado com cirurgia periodontal a retalho, exodontia a retalho.	12	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.
82000344	Não	CIRURGIA ODONTOLOGICA COM APLICACAO DE ALOENXERTOS	PERIODONTIA	SEGMENTO	1153	Cirurgia com uso de aloenxertos.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico.

82000417	Sim	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	PERIODONTIA	SEGMENTO	198	Não pode ser solicitado com cirurgia a retalho. Inclui raspagem supra e subgengival.	12	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.
82000557	Sim	CUNHA PROXIMAL	PERIODONTIA	DENTE	120	Autorizado para região de terceiros molares.	ÚNICO			Apresentação da foto inicial e final no pagamento.
85300012	Sim	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	PERIODONTIA	DENTE	10	Não pode ser solicitação com aplicação tópica de flúor, remineralização, aplicação de verniz fluoretado,	12	-	-	-
82000603	Não	ENXERTO COM OSSO AUTOGENO DO MENTO	PERIODONTIA	SEGMENTO	3073	Enxerto ósseo.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico.
82000646	Não	ENXERTO CONJUNTIVO SUBTEPTELIAL	PERIODONTIA	SEGMENTO	511	Informar a técnica e área doadora.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82000662	Não	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	PERIODONTIA	SEGMENTO	258	Informar a técnica e área doadora.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82000689	Não	ENXERTO PEDICULADO	PERIODONTIA	SEGMENTO	258	Informar a técnica e área doadora.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82000921	Sim	GENGIVECTOMIA	PERIODONTIA	SEGMENTO	109	Não pode ser solicitado com gengivoplastia, cunha proximal, aumento de coroa clínica.	12	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.
82000948	Sim	GENGIVOPLASTIA	PERIODONTIA	SEGMENTO	144	Indicado para recontorno de gengivas anormais, tais como crateras e hiperplasias gengivais. Não pode ser solicitado com gengivectomia, cunha proximal, aumento de coroa clínica.	12	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.
82000964	Não	IMPLANTE ORTODONTICO	PERIODONTIA	DENTE	643	Colocação do mini implante.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessária apresentação de rx inicial e final.
82000980	Não	IMPLANTE OSSEO INTEGRADO	PERIODONTIA	DENTE	2355	Ato cirúrgico para colocação do implante.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessária apresentação de rx inicial e final.
82001049	Não	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTOGENO	PERIODONTIA	SEGMENTO	3219	-	ÚNICO	-	-	
82001057	Não	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMOLOGO	PERIODONTIA	SEGMENTO	3219	-	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessária apresentação de rx inicial e final.

82001065	Não	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO	PERIODONTIA	SEGMENTO	3219	-	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessária apresentação de rx inicial e final.
85400246	Não	ORTESE MIORELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	PERIODONTIA	BOCA	437	Placa miorrelaxante.	ÚNICO	-	-	Apresentação da foto com a placa instalada no pagamento.
85400254	Não	ORTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	PERIODONTIA	BOCA	724	Placa reposicionadora.	ÚNICO	-	-	Apresentação da foto com a placa instalada no pagamento.
85500097	Não	OVERDENTURE BARRA CLIPE O'RING SOBRE DOIS IMPLANTES	PERIODONTIA	ARCADA	9957	-	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de rx inicial, final e fotos finais.
85400270	Não	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	PERIODONTIA	BOCA	770	-	ÚNICO	-	-	Apresentação da foto com a placa instalada no pagamento.
85300039	Sim	RASPAGEM SUB-GENGIVAL / ALISAMENTO RADICULAR	PERIODONTIA	HEMIARCADEADA	42	Para pacientes adultos (idade mínima 18 anos), inclui aplicação tópica de flúor, raspagem supra gengival e profilaxia. Enviar periograma preenchido no pagamento.	6	-	-	Apresentação do periograma no pagamento.
85300047	Sim	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	PERIODONTIA	HEMIARCADEADA	36	Para pacientes adultos (idade mínima 18 anos), inclui aplicação tópica de flúor, raspagem sub - gengival e profilaxia.	6	-	-	
82001138	Não	REABERTURA - COLOCACAO DE CICATRIZADOR	PERIODONTIA	DENTE	299	-	ÚNICO	-	-	
82001464	Não	SEPULTAMENTO RADICULAR	PERIODONTIA	HEMIARCADEADA	227	Elemento deve apresentar endodontia realizada.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Enviar rx inicial e final no pagamento.
85300071	Sim	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA	PERIODONTIA	BOCA	557	Incluso nos procedimentos de raspagem supra e subgengival; inclui aplicação tópica de flúor e profilaxia.	12	-	-	
82001669	Não	TRATAMENTO ODONTOLOGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTOGENO	PERIODONTIA	BOCA	2492	-	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial e planejamento na solicitação.
82001685	Sim	TUNELIZACAO	PERIODONTIA	DENTE	109	-	12	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final no pagamento.

Raspagem supra gengival: Autorizado para pacientes adultos, incluso profilaxia. Liberada a cada 6 meses.

Raspagem sub gengival: Indicada para tratamento não cirúrgico de periodontite avançada com bolsas acima de 4mm (quatro milímetros), com comprovação de perda óssea vertical. Incluso profilaxia e

raspagem supra gengival. Necessário envio do periograma. Liberada a cada 6 meses.

Cirurgia periodontal a retalho: Incluso profilaxia, raspagens supra e sub gengivais. Deverá ser apresentado raio x inicial na solicitação.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

CIRURGIA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
82000034	Sim	ALVEOLOPLASTIA	CIRURGIA	SEGMENTO	166	Procedimentos incluso nos proced- imentos de exodontias.	ÚNICO	-	-	-
82000077	Sim	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRA- DA	CIRURGIA	DENTE	311	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não ob- tiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem api- cal para o mesmo dente.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000085	Sim	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	283	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não ob- tiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem api- cal para o mesmo dente.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000158	Sim	APICETOMIA MULTIRRADICU- LARES COM OBTURACAO RET- ROGRADA	CIRURGIA	DENTE	383	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não ob- tiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem api- cal para o mesmo Dente.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000166	Sim	APICETOMIA MULTIRRADICU- LARES SEM OBTURACAO RETRO- GRADA	CIRURGIA	DENTE	311	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não ob- tiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem api- cal para o mesmo Dente.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000174	Sim	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRA- DA	CIRURGIA	DENTE	283	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não ob- tiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem api- cal para o mesmo Dente.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.

82000182	Sim	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	271	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000190	Sim	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO	CIRURGIA	ARCADA	197	Procedimento pré-protético.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000239	Sim	BIOPSIA DE BOCA	CIRURGIA	BOCA	161	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000247	Sim	BIOPSIA DE GLANDULAR SALIVAR	CIRURGIA	BOCA	161	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000255	Sim	BIOPSIA DE LABIO	CIRURGIA	BOCA	161	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000263	Sim	BIOPSIA DE LINGUA	CIRURGIA	BOCA	161	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000271	Sim	BIOPSIA DE MANDIBULA	CIRURGIA	BOCA	161	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000280	Sim	BIOPSIA DE MAXILA	CIRURGIA	BOCA	161	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000298	Sim	BRIDECTOMIA	CIRURGIA	HEMIARCADE	144	Procedimento pré-protético. Procedimento não autorizado com ato de bridotomia.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000301	Sim	BRIDOTOMIA	CIRURGIA	HEMIARCADE	144	Procedimento pré-protético. Procedimento não autorizado com ato de bridectomia	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000352	Sim	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	CIRURGIA	BOCA	144	Procedimento não autorizado com o procedimento de remoção de tórus palatino.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000360	Sim	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL	CIRURGIA	ARCADA	227	Procedimento não autorizado com o procedimento de exostose maxilar, remoção de torus mandibular unilateral.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000387	Sim	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL	CIRURGIA	ARCADA	144	Procedimento não autorizado com o procedimento de exostose maxilar, remoção de torus mandibular bilateral	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .

82000395	Sim	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	CIRURGIA	BOCA	144	Procedimento não autorizado com o procedimento de exostose maxilar.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000441	Sim	COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITIOS ESPECIFICOS DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	160	Refere-se ao ato cirúrgico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000581	Não	ENXERTO COM OSSO AUTOGENO DA LINHA OBRIQUA	CIRURGIA	BOCA	3073	Enxerto ósseo.	ÚNICO	-	-	
82000743	Sim	EXERESE DE LIPOMA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	160	Remoção de Lipoma.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000778	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE CALCULO SALIVAR	CIRURGIA	ARCADA	144	Remoção de cálculo salivar.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000786	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE CISTOS ODONTOLOGICOS	CIRURGIA	ARCADA	232	Remoção de cistos osontológicos.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação .
82000794	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE MUCOCELE	CIRURGIA	BOCA	227	Remoção de mucocele.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000808	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE RANULA	CIRURGIA	BOCA	256	Remoção de rânula.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000816	Sim	EXODONTIA A RETALHO	CIRURGIA	DENTE	73	Consiste na remoção dentária com abertura cirúrgica. Incluso os procedimentos de incisão, alveoloplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com genvicentomia, gengivoplastia	ÚNICO	-	-	
82000832	Sim	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICACAO ORTODONTICA / PROTETICA	CIRURGIA	DENTE	73	Remoção dentária com indicação para tratamento ortodôntico. Deve ser apresentada carta do ortodontista. Não autorizado com genvicentomia, gengivoplastia	ÚNICO	-	-	Apresentação da carta de solicitação de ortodontista no pagamento.
82000859	Sim	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	CIRURGIA	DENTE	73	Incluso os procedimentos de incisão, alveoloplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com genvicentomia, gengivoplastia	ÚNICO	-	-	
82000875	Sim	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	CIRURGIA	DENTE	73	Incluso os procedimentos de incisão, alveoloplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com genvicentomia, gengivoplastia	ÚNICO	-	-	

5015	Não	EXODONTIA SIMPLES DE SUPRA NUMERARIO	CIRURGIA	SEGMENTO	67	Incluso os procedimentos de incisão, alveoloplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com genvicentomia, gengivoplastia	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000883	Sim	FRENULECTOMIA LABIAL	CIRURGIA	ARCADA	149	Remoção de Freio labial	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000891	Sim	FRENULECTOMIA LINGUAL	CIRURGIA	BOCA	144	Remoção de Freio lingual	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000905	Sim	FRENULOTOMIA LABIAL	CIRURGIA	ARCADA	149	Desinserção do freio labial.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000913	Sim	FRENULOTOMIA LINGUAL	CIRURGIA	BOCA	144	Desinserção do freio labial.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001103	Sim	PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	160	Punção aspirativa.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82001154	Sim	RECONSTRUCAO SULCO GENGIVO LABIAL	CIRURGIA	ARCADA	197	Indicado para recontorno de gengivas anormais, tais como crateras e hiperplasias gengivais. Não autorizado com os procedimentos de aprofundamento de fundo de vestibulo, bridotomia, bridectomia, remocão cirúrgica de bridas.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001170	Sim	REDUCAO CRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO DENTARIAS	CIRURGIA	ARCADA	207	Redução de fratura alvéolo dentária.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001189	Sim	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO DENTARIAS	CIRURGIA	ARCADA	207	Redução de fratura alvéolo dentária.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001219	Não	REEDUCACAO E/OU REABILITACAO DE DISTURBIO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	279	_____	ÚNICO	-	-	
82001286	Sim	REMOCAO DE DENTES RETIDOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS)	CIRURGIA	DENTE	323	Indicação para dentes cuja porção coronária apresente inclusão óssea/submucosa ou impactos (não erupcionados). Incluso alveoloplastia, curetagem apical, odontosecção, osteotomia, sutura e preservação.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial no pagamento.

82001294	Sim	REMOCAO DE DENTES SEMI INC- LUSOS / IMPACTADOS	CIRURGIA	DENTE	186	Indicação para dentes cuja porção coronária estejam parcialmente recobertos por tecido ósseo/sub-mucoso, em comunicação com o meio bucal.I Inclui alveoplastia, curetagem apical, odontosecção, osteotomia, sutura e preservação.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial no pagamento.
5181	Não	REMOCAO DE DENTES SU- PRA-NUMERARIOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS)	CIRURGIA	SEGMENTO	324	Indicação para dentes cuja porção coronária apresente inclusão ós-sea/submucosa ou impactos (não erupcionados). Incluso alveo-plastia, curetagem apical, odon-tosecção, osteotomia, sutura e preservação.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001367	Sim	REMOCAO DE ODONTOMA	CIRURGIA	SEGMENTO	215	Remoção de odontoma.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial no pagamento.
82001391	Não	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	DENTE	374	Retirada de corpo estranho.	ÚNICO	-	-	
82001413	Não	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO OU SUBMUCOSO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FA- CIAL	CIRURGIA	ARCADA	394	Retirada de corpo estranho.	ÚNICO	-	-	
82001430	Não	RETIRADA DOS MEIOS DE FIXA- CAO DA REGIAO BUCO MAXILO FACIAL	CIRURGIA	ARCADA	1478	Remoção dos meios de fixação.	ÚNICO	-	-	
82001448	Não	SEDACAO CONSCIENTE COM OXIDO NITROSO E OXIGENIO EM ODONTOLOGIA	CIRURGIA	BOCA	743	Sedação.	ÚNICO	-	-	
87000164	Não	SEDACAO CONSCIENTE COM OXIDO NITROSO E OXIGENIO EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOG	CIRURGIA	BOCA	743	Sedação.	NÃO SE APLICA	-	-	
82001502	Não	TRACIONAMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE ORTODONTI- CA	CIRURGIA	HEMIARCA- DA	323	Tracionamento dentário por meio cirúrgico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001545	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA RE- GIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	HEMIARCA- DA	144	Procedimento pré-protético. Não autorizado com bridotomia ou bri-dectomia.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento envi-ar foto inicial e final.
82001510	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-NASAIS	CIRURGIA	ARCADA	252	_____	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação .
82001529	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-SINUSAIS	CIRURGIA	ARCADA	252	_____	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação .

82001553	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIA DE TECIDOS MOLES DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	161	Autorizado somente para paciente portadores de Prótese Total e Prótese Parcial Removível.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001588	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIA DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	332	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001618	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNO DE TECIDOS MOLES DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	161	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001596	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNO DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIA	CIRURGIA	BOCA	333	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001634	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO PARA TUMORES BENIGNOS ODONTOGENICOS - SEM RECONSTRUCAO	CIRURGIA	ARCADA	319	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO	-	-	
82001707	Sim	ULECTOMIA	CIRURGIA	DENTE	64	Dente em fase de eupção com hipertrofia mucogengival. Não autorizado com procedimentos de gengivoplastia, gengivectomia, cunha proximal e ulotomia. Autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.
82001715	Sim	ULOTOMIA	CIRURGIA	DENTE	64	Dente em fase de eupção com fibrose gengival. Não autorizado com procedimentos de gengivoplastia, gengivectomia, cunha proximal e ulectomia . Autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação.

Exodontias, Remoção de Dentes Inclusos e Semi-Inclusos: incluem os procedimentos necessários para remoção do dente, tais como incisões em tecido mole, odonto-secção, regularização do alvéolo e sutura. É considerada inserção óssea e remanescente coronário para definição do tipo de exodontia.

- Dente Incluso, aquele cuja porção coronária apresenta inclusão óssea/submucosa;
- Semi-Incluso quando parcialmente recoberto por tecido ósseo/submucoso.

Exodontia com finalidade Ortodôntica : favor utilizar o código **82000832 - Exodontia de permanente por indicação ortodôntica**, e anexar a solicitação do profissional no sistema para pagamentos.

O procedimento de curetagem apical e alveoloplastia estão inclusos nos procedimentos de: exodontia simples e a retalho, exodontia de raiz residual,exodontia por indicação ortodontica, remoção de dentes inclusos e semi-inclusos.

Biópsias: os atos de biópsias referem-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Favor anexar a cópia do resultado anatomopatológico no sistema.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

PRÓTESE

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
85400033	Não	CONCERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	174	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400041	Não	CONCERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	236	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400050	Não	CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	101	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400068	Não	CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	236	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400076	Sim	COROA PROVISORIA COM PINO	PROTESE DENTAL	DENTE	154	-	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pagamento.
85400572	Não	COROA 3/4 OU 4/5	PROTESE DENTAL	DENTE	412	-	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400084	Sim	COROA PROVISORIA SEM PINO	PROTESE DENTAL	DENTE	154	-	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pagamento.
85500011	Não	COROA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE	PROTESE DENTAL	DENTE	187	-	ÚNICO	-	-	
85500020	Não	COROA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA	PROTESE DENTAL	DENTE	1004	-	ÚNICO	-	-	
85400092	Não	COROA TOTAL ACRILICA PRENSADA	PROTESE DENTAL	DENTE	323	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.

85400114	Sim	COROA TOTAL CEROMERO (DENTES ANTERIORES)	PROTESE DENT- TAL	DENTE	472	Procedimento autorizado somente para dentes anteriores.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pagamento.
85400106	Não	COROA TOTAL EM CERAMICA PURA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1197	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400122	Não	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERAMICA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	4205	(Metalfree) Sobre total livre de metal.	ÚNICO	-	-	
85400149	Sim	COROA TOTAL METALICA (DENTES POSTERIORES)	PROTESE DENT- TAL	DENTE	472	Procedimento autorizado somente para dentes posteriores.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação rx final com a prótese instalada no pagamento.
85500038	Não	COROA TOTAL METALO CERAMI- CA SOBRE IMPLANTE	PROTESE DENT- TAL	DENTE	3487	-	ÚNICO	-	-	
85400165	Não	COROA TOTAL METALO PLASTI- CA - CEROMERO	PROTESE DENT- TAL	DENTE	824	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400173	Não	COROA TOTAL METALO PLASTI- CA - RESINA ACRILICA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	824	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500054	Não	COROA TOTAL METALO PLASTI- CA SOBRE IMPLANTE - RESINA ACRILICA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1156	-	ÚNICO	-	-	
85400157	Não	COROA TOTAL METALO-CERAMI- CA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1153	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação de rx final no pagamento.
87111949	Não	ENXERTO GENGIVAL	PROTESE DENT- TAL	SEGMENTO	962	Informar a técnica e área doadora	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
85400181	Não	FACETA EM CERAMICA PURA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1056	Indicado para Dentes anteriores	60	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400190	Não	FACETA EM CEROMERO	PROTESE DENT- TAL	DENTE	830	Indicado para Dentes anteriores	60	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500062	Não	GUIA CIRURGICO PARA IMPLAN- TE	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	1291	-	ÚNICO	-	-	
85400203	Não	GUIA CIRURGICO PARA PROTESE TOTAL IMEDIATA	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	3698	-	ÚNICO	-	-	
85500070	Não	INTERMEDIÁRIO PROTETICO (PARA IMPLANTES)	PROTESE DENT- TAL	DENTE	400	Para intermediário protetico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.

85500089	Não	MANUTENCAO DE PROTESE SOBRE IMPLANTES	PROTESE DENTAL	ARCADA	606	—	ÚNICO	-	-	
85400211	Sim	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	PROTESE DENTAL	DENTE	86	Não autorizado com procedimentos diretos (restaurações).	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.
85400220	Sim	NUCLEO METALICO FUNDIDO	PROTESE DENTAL	DENTE	256	—	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final no pagamento.
85400238	Não	ONLAY DE RESINA INDIRETA	PROTESE DENTAL	DENTE	695	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400289	Não	PROTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISORIA)	PROTESE DENTAL	DENTE	1037	Solicitação limitada a 4 elementos	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400297	Não	PROTESE FIXA ADESIVA EM CEROMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROTESE DENTAL	DENTE	913	Solicitação limitada a 4 elementos	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400300	Não	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO-CERAMICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1311	Solicitação limitada a 4 elementos	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400319	Não	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO-PLASTICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1050	Solicitação limitada a 4 elementos	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400343	Não	PROTESE FIXA EM METALO PLASTICA	PROTESE DENTAL	DENTE	824	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400335	Não	PROTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERAMICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1153	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400351	Não	PROTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROTESE DENTAL	DENTE	1093	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400360	Não	PROTESE PARCIAL FIXA PROVISORIA	PROTESE DENTAL	SEGMENTO	174	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400386	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL BILATERAL COM GRAMPOS	PROTESE DENTAL	ARCADA	1249	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.

85400378	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL COM ENCAIXES DE PRECISAO OU DE SEMI PRECISAO	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	2995	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400394	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROV ACRILICO COM OU SEM GRAMPO	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	633	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400408	Não	PROTESE TOTAL	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	1170	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400610	Não	PROTESE TOTAL CARACTERIZADA	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	1568	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400416	Não	PROTESE TOTAL IMEDIATA	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	948	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400424	Não	PROTESE TOTAL INCOLOR	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	1284	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500143	Não	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	16736	-	ÚNICO	-	-	
85500151	Não	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	24330	-	ÚNICO	-	-	
85500160	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	16328	-	ÚNICO	-	-	
85500178	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	16328	-	ÚNICO	-	-	
85500186	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISORIO PARA 4 IMPLANTES	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	8376	-	ÚNICO	-	-	
85500194	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISORIO PARA 5 IMPLANTES	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	9586	-	ÚNICO	-	-	
87111948	Não	PROTOTIPO 3D DO IMPLANTE A SER REALIZADO	PROTESE DENT-TAL	DENTE	1500	-	ÚNICO	-	-	
85400483	Não	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTORIO)	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	227	Procedimento não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400491	Não	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM LABORATORIO)	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	306	Procedimento não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400505	Sim	REMOCAO DE TRABALHO PROTETICO	PROTESE DENT-TAL	DENTE	84	Não pode ser solicitado nas etapas intermediárias do tratamento protético.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.

85400513	Não	RESTAURACAO CERAMICA PURA - INLAY	PROTESE DENT-TAL	DENTE	1056	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400521	Não	RESTAURACAO EM CERAMICA PURA - ONLAY	PROTESE DENT-TAL	DENTE	1056	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400548	Não	RESTAURACAO EM CEROMERO - INLAY	PROTESE DENT-TAL	DENTE	830	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400530	Não	RESTAURACAO EM CEROMERO - ONLAY	PROTESE DENT-TAL	DENTE	830	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400556	Sim	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	PROTESE DENT-TAL	DENTE	472	Não autorizado para elementos que apresentem estrutura para procedimentos diretos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final no pagamento.

Na autorização serão verificados aspectos técnicos da indicação e viabilidade do planejamento protético, sendo avaliadas as condições endodônticas e periodontais dos dentes solicitados.

A remoção da peça/trabalho protetico, ajustes proteticos necessarios, estão inclusos na protese final, o custo laboratorial já está incluso nos procedimentos de próteses.

A confecção dos **nucleos metalicos fundidos** e **pinos pre fabricados**, deverão respeitar os requisitos funcionais para execução de trabalhos proteticos, tais como, desobturação de 2/3 do conduto radicular ou 1/2 da implantação ossea da raiz, manter obturação de pelo menos 4 mm abaixo do nucleo.

Os procedimentos de coroa provisoria com pino ou sem pino tem como finalidade a proteção do remanescente dentario e estrutura de suporte durante as etapas do preparo da protese final.

Motivos para negativas de tratamento: dentes pilares com inclinação superior a 30°, lesão apical nos dentes pilares, suporte ósseo inferior a 50%, perfuração endodôntica, espaços protéticos inadequados, tratamento endodôntico inadequado, indicação protética inadequada.

REGRAS E TABELAS ATENDIMENTO

ORTODONTIA

TUSS	ROL	DESCRIÇÃO	GRUPO	APLICAÇÃO	USO	DESCRIÇÃO TÉCNICA	RECORRÊNCIA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	JUSTIFICATIVA	COMPROVAÇÃO
86000020	Não	APARELHO DE KLAMMT	ORTODONTIA	ARCADA	650	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000047	Não	APARELHO DE THUROW	ORTODONTIA	ARCADA	667	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000055	Não	APARELHO EXTRA-BUCAL	ORTODONTIA	BOCA	500	-	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000098	Não	APARELHO ORTODONTICO FIXO METALICO	ORTODONTIA	ARCADA	227	Valor do aparelho incluso nos procedimentos de manutenção ortodôntica.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000110	Não	APARELHO ORTODONTICO FIXO METALICO PARCIAL	ORTODONTIA	ARCADA	896	Valor do aparelho incluso nos procedimentos de manutenção ortodôntica.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
8500	Não	APARELHO ORTOPEDICO FUNCIONAL	ORTODONTIA	BOCA	846	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000128	Não	APARELHO REMOVIVEL COM AL-CAS BIONATO INVERTIDA OU DE ESCHELER	ORTODONTIA	ARCADA	703	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	
86000144	Não	ARCO LINGUAL	ORTODONTIA	ARCADA	459	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	
86000595	Não	ARTROSCOPIA DE ATM	ORTODONTIA	ARCADA	1749	-	ÚNICO	-	-	
86000152	Não	BARRA TRANSPALATINA FIXA	ORTODONTIA	ARCADA	459	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000160	Não	BARRA TRANSPALATINA REMOVIVEL	ORTODONTIA	ARCADA	399	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.

86000179	Não	BIONATOR DE BALTERS	ORTODONTIA	ARCADA	650	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000187	Não	BLOCO GERMINADO DE CLARK	ORTODONTIA	ARCADA	140	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000195	Não	BOTAO DE NANCE	ORTODONTIA	ARCADA	459	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000209	Não	CONTENCAO FIXA	ORTODONTIA	ARCADA	397	Procedimento incluso no tratamento ortodôntico realizado.	ÚNICO	-	-	Apresentação de fotos inicial e final no pagamento.
6220	Não	CONTENCAO MOVEL (SUPERIOR OU INFERIOR), OU APARELHOS MOVEIS SIMPLES	ORTODONTIA	BOCA	1050	Procedimento incluso no tratamento ortodôntico realizado.	ÚNICO	-	-	Apresentação de fotos inicial e final no pagamento.
86000225	Não	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX	ORTODONTIA	ARCADA	515	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000233	Não	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA	ORTODONTIA	ARCADA	547	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000276	Não	DISJUNTOR PENDULO / PENDEX	ORTODONTIA	ARCADA	448	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-		Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000597	Não	DISPOSITIVO DESCOMPRESSOR	ORTODONTIA	ARCADA	1195	-	ÚNICO	-	-	
86000596	Não	DISPOSITIVO REPOSICIONADOR	ORTODONTIA	ARCADA	1195	-	ÚNICO	-	-	
86000250	Não	DISTALIZADOR DE HILGERS	ORTODONTIA	HEMIARCA-DA	80	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.

86000284	Não	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	ORTODONTIA	ARCADA	380	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000600	Não	ELETROMIOGRAFIA	ORTODONTIA	ARCADA	1166	-	ÚNICO	-	-	
86000306	Não	GIANELLY	ORTODONTIA	ARCADA	193	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000314	Não	GRADE PALATINA FIXA	ORTODONTIA	ARCADA	459	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000322	Não	GRADE PALATINA REMOVIVEL	ORTODONTIA	ARCADA	399	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000330	Não	HERBST ENCAPSULADO	ORTODONTIA	ARCADA	826	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000598	Não	INFILTRACAO ANESTESICA	ORTODONTIA	ARCADA	1195	-	NÃO SE APLICA	-	-	
86000599	Não	INFILTRACAO MEDICAMENTOSA	ORTODONTIA	ARCADA	1195	-	NÃO SE APLICA	-	-	
86000365	Não	MANUTENCAO APARELHO OR-TOPELICO FUNCIONAL	ORTODONTIA	BOCA	240	Manutenção aparelho ortopédico.	MENSAL	-	-	
86000357	Não	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO FIXO	ORTODONTIA	BOCA	254	Quantidade de manutenções serão informadas conforme análise da auditoria após análise da documentação e planejamneto enviados.	MENSAL	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000373	Não	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO REMOVIVEL	ORTODONTIA	BOCA	231	Quantidade de manutenções serão informadas conforme análise da auditoria após análise da documentação e planejamneto enviados.	MENSAL	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000601	Não	MANUTENCAO DE DISPOSITIVO INTER OCLUSAL	ORTODONTIA	ARCADA	240	Quantidade de manutenções serão informadas conforme análise da auditoria após análise da documentação e planejamneto enviados.	MENSAL	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.

86000381	Não	MASCARA FACIAL - DELAIRE E TRACAO REVERSA	ORTODONTIA	BOCA	405	-	ÚNICO	-	-	
86000390	Não	MENTONEIRA	ORTODONTIA	BOCA	219	-	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000438	Não	PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR	ORTODONTIA	ARCADA	702	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000462	Não	PLACA DE HAWLEY	ORTODONTIA	BOCA	690	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000470	Não	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	ORTODONTIA	ARCADA	681	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000489	Não	PLACA DE MORDIDA ORTODONTICA	ORTODONTIA	BOCA	500	Placa de mordida.	ÚNICO	-	-	
86000519	Não	PLACA DUPLA DE SANDERS	ORTODONTIA	ARCADA	722	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000535	Não	PLACA LABIO-ATIVA	ORTODONTIA	ARCADA	459	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000551	Não	PLANO INCLINADO	ORTODONTIA	ARCADA	633	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000560	Não	QUADRIHELICE	ORTODONTIA	ARCADA	399	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	-	-	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.

86000602	Não	TRATAMENTO DE DTM - ACU- PUNTURA - SESSAO	ORTODONTIA	ARCADA	240	Sessões de acupuntura para ATM.	NÃO SE APLICA	-	-	
85400033	Não	CONCERTO EM PROTESE PAR- CIAL REMOVIVEL (EM CONSUL- TORIO E EM LABORATORIO)	PROTESE DEN- TAL	ARCADA	174	Necessário informar região da Pró- tese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400041	Não	CONCERTO EM PROTESE PAR- CIAL REMOVIVEL (EXCLUSIVA- MENTE EM CONSULTORIO)	PROTESE DEN- TAL	ARCADA	236	Necessário informar região da Pró- tese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400050	Não	CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EM CONSULTORIO E EM LABO- RATORIO)	PROTESE DEN- TAL	ARCADA	101	Necessário informar região da Pró- tese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400068	Não	CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSUL- TORIO)	PROTESE DEN- TAL	ARCADA	236	Necessário informar região da Pró- tese e qual concerto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400076	Sim	COROA PROVISORIA COM PINO	PROTESE DEN- TAL	DENTE	154	-	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pag- amento.
85400572	Não	COROA 3/4 OU 4/5	PROTESE DEN- TAL	DENTE	412	-	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400084	Sim	COROA PROVISORIA SEM PINO	PROTESE DEN- TAL	DENTE	154	-	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pag- amento.
85500011	Não	COROA PROVISORIA SOBRE IM- PLANTE	PROTESE DEN- TAL	DENTE	187	-	ÚNICO	-	-	
85500020	Não	COROA PROVISORIA SOBRE IM- PLANTE COM CARGA IMEDIATA	PROTESE DEN- TAL	DENTE	1004	-	ÚNICO	-	-	
85400092	Não	COROA TOTAL ACRILICA PREN- SADA	PROTESE DEN- TAL	DENTE	323	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400114	Sim	COROA TOTAL CEROMERO (DENTES ANTERIORES)	PROTESE DEN- TAL	DENTE	472	Procedimento autorizado somente para dentes anteriores.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pag- amento.
85400106	Não	COROA TOTAL EM CERAMICA PURA	PROTESE DEN- TAL	DENTE	1197	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.

85400122	Não	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERAMICA	PROTESE DENT-TAL	DENTE	4205	Metalfree) Sobre totall livre de metal.	ÚNICO	-	-	
85400149	Sim	COROA TOTAL METALICA (DENTES POSTERIORES)	PROTESE DENT-TAL	DENTE	472	Procedimento autorizado somente para dentes posteriores.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação rx final com a prótese instalada no pagamento.
85500038	Não	COROA TOTAL METALO CERAMI-CA SOBRE IMPLANTE	PROTESE DENT-TAL	DENTE	3487	-	ÚNICO	-	-	
85400165	Não	COROA TOTAL METALO PLASTI-CA - CEROMERO	PROTESE DENT-TAL	DENTE	824	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400173	Não	COROA TOTAL METALO PLASTI-CA - RESINA ACRILICA	PROTESE DENT-TAL	DENTE	824	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500054	Não	COROA TOTAL METALO PLASTI-CA SOBRE IMPLANTE - RESINA ACRILICA	PROTESE DENT-TAL	DENTE	1156	-	ÚNICO	-	-	
85400157	Não	COROA TOTAL METALO-CERAMI-CA	PROTESE DENT-TAL	DENTE	1153	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação de rx final no pagamento.
87111949	Não	ENXERTO GENGIVAL	PROTESE DENT-TAL	SEGMENTO	962	Informar a técnica e área doadora	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
85400181	Não	FACETA EM CERAMICA PURA	PROTESE DENT-TAL	DENTE	1056	Indicado para Dentes anteriores	60	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400190	Não	FACETA EM CEROMERO	PROTESE DENT-TAL	DENTE	830	Indicado para Dentes anteriores	60	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500062	Não	GUIA CIRURGICO PARA IMPLAN-TE	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	1291	-	ÚNICO	-	-	
85400203	Não	GUIA CIRURGICO PARA PROTESE TOTAL IMEDIATA	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	3698	-	ÚNICO	-	-	
85500070	Não	INTERMEDIÁRIO PROTETICO (PARA IMPLANTES)	PROTESE DENT-TAL	DENTE	400	Para intermediário protetico.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.
85500089	Não	MANUTENCAO DE PROTESE SO-BRE IMPLANTES	PROTESE DENT-TAL	ARCADA	606	-	ÚNICO	-	-	
85400211	Sim	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	PROTESE DENT-TAL	DENTE	86	Não autorizado com procedimen-tos diretos (restaurações).	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.
85400220	Sim	NUCLEO METALICO FUNDIDO	PROTESE DENT-TAL	DENTE	256	-	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final no pagamento.

85400238	Não	ONLAY DE RESINA INDIRETA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	695	Autorizado para Dentes posteri- ores (pré-molares e molares) per- manentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400289	Não	PROTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISORIA)	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1037	Solicitação limitada a 4 elementos	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400297	Não	PROTESE FIXA ADESIVA EM CER- OMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROTESE DENT- TAL	DENTE	913	Solicitação limitada a 4 elementos	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400300	Não	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRE- TA EM METALO-CERAMICA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1311	Solicitação limitada a 4 elementos	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400319	Não	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRE- TA EM METALO-PLASTICA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1050	Solicitação limitada a 4 elementos	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400343	Não	PROTESE FIXA EM METALO PLAS- TICA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	824	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400335	Não	PROTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERAMICA	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1153	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400351	Não	PROTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1093	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400360	Não	PROTESE PARCIAL FIXA PROVI- SORIA	PROTESE DENT- TAL	SEGMENTO	174	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400386	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL BILATERAL COM GRAMPOS	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	1249	Será analisada a condição perio- dental dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400378	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL COM ENCAIXES DE PRECISAO OU DE SEMI PRECISAO	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	2995	Será analisada a condição perio- dental dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400394	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROV ACRILICO COM OU SEM GRAMPO	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	633	Será analisada a condição perio- dental dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.

85400408	Não	PROTESE TOTAL	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	1170	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400610	Não	PROTESE TOTAL CARACTERIZA- DA	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	1568	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400416	Não	PROTESE TOTAL IMEDIATA	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	948	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400424	Não	PROTESE TOTAL INCOLOR	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	1284	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500143	Não	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IM- PLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	16736	-	ÚNICO	-	-	
85500151	Não	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IM- PLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	24330	-	ÚNICO	-	-	
85500160	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	16328	-	ÚNICO	-	-	
85500178	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	16328	-	ÚNICO	-	-	
85500186	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PRO- VISORIO PARA 4 IMPLANTES	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	8376	-	ÚNICO	-	-	
85500194	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PRO- VISORIO PARA 5 IMPLANTES	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	9586	-	ÚNICO	-	-	
87111948	Não	PROTOTIPO 3D DO IMPLANTE A SER REALIZADO	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1500	-	ÚNICO	-	-	
85400483	Não	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTORIO)	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	227	Procedimento não autorizado para o profissional que realizou o pro- cedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400491	Não	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM LABORATORIO)	PROTESE DENT- TAL	ARCADA	306	Procedimento não autorizado para o profissional que realizou o pro- cedimento.	ÚNICO	-	-	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400505	Sim	REMOCAO DE TRABALHO PRO- TETICO	PROTESE DENT- TAL	DENTE	84	Não pode ser solicitado nas etapas intermediárias do tratamento pro- tético.	ÚNICO	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação.
85400513	Não	RESTAURACAO CERAMICA PURA - INLAY	PROTESE DENT- TAL	DENTE	1056	Autorizado para Dentes posteri- ores (pré-molares e molares) per- manentes não passíveis de recon- strução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.

85400521	Não	RESTAURACAO EM CERAMICA PURA - ONLAY	PROTESE DENT-TAL	DENTE	1056	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400548	Não	RESTAURACAO EM CEROMERO - INLAY	PROTESE DENT-TAL	DENTE	830	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400530	Não	RESTAURACAO EM CEROMERO - ONLAY	PROTESE DENT-TAL	DENTE	830	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400556	Sim	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	PROTESE DENT-TAL	DENTE	472	Não autorizado para elementos que apresentem estrutura para procedimentos diretos.	60	-	-	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final no pagamento.

Tratamentos ortodônticos necessitam de pre autorização.

Deve-se preencher o formulário de tratamento ortodontico disponivel no site. O formulario deve estar totalmente preenchido e assinado pelo dentista e beneficiario, se este for menor devera ser assinado pelo representante legal. Encaminhar por email (ortodontia@odontolifeodontologia.com.br) juntamente com a documentação ortodontica.

Após a autorização do tratamento, as manutenções ortodônticas deverão ser solicitadas pelo sistema mensalmente.

Nos tratamentos Ortodônticos o aparelho fixo convencional metálico está incluso nas manutenções. O

aparelho estético ou autoligado poderão ser cobrado diretamente do beneficiário.Independente do aparelho fixo instalado, se faz necessario o envio do planejamento ortodontico, bem como a solicitação das manutenções no sistema da operadora.

Havendo necessidade de prorrogação do tratamento ortodôntico, deverá ser enviado novo planejamento com justificativa, quantidades de manutenções necessarias para o termino do tratamento e fotos atuais. As contenções pos tratamento já estão inclusas nas manutenções.

Todos os aparelhos ortopédicos ou dispositivos auxiliares necessitam de autorização prévia, necessário enviar planejamento e documentação ortodôntica.



R. Vinte e Quatro de Maio, 1365 | Rebouças - Curitiba - Paraná
4007 2828 (capitais e regiões metropolitanas) | **0800 000 2828** (demais localidades)
www.odontolifeodontologia.com.br